LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Deux cas de larmoiement réflexe d'origine nasale par le Dr H. Ripault, 337. — **Clinique médicale**, Un cas de guérison de tuberculose cutanée par les injections de cantharidate de potasse, par le Dr Branthomme, 338. — **Revue de la presse** : La diarrhée matinale par Francis Delafield, 338. — **Académie des sciences** : *Séance du 18 mai.* — Présidence de M. A. Cornu, 339. — Sur la transformation de la graisse en hydrate de carbone dans l'organisme des animaux non alimentés, M. A. Chauveau, 339. — **Académie de médecine** : *Séance du 26 mai.* — Présidence de M. Hervieux, 341. — Kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires guéri par le capitonnage et la suture sans drainage, 341. — Myosite ossifiante progressive, 341. — Douleurs vésicales des prostatiques, 341. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 22 mai.* — Présidence de M. d'Heilly, 341. — Empoisonnement par l'acide pyrogallique, 34 . — Deux cas de sable intestinal et d'entérite muco membraneuse, 343. — **Société de médecine et de chirurgie pratiques**, 343. — *Séance du 20 mai.* — Présidence de M. Saint Yves Ménard, 343. — Le centenaire de la découverte de la médecine, 343. — Discussion sur le traitement chirurgical du pied bot varus équin, 344. — Quelques considérations sur le traitement de la diphtérie, 344. — **Société de chirurgie** : *Séance du 27 mai* 1896. — Présidence de M. Ch. Monod, 344. — Cholélithiase. Cholécystectomie et cholécystotomie, 344. — Corps étrangers de la vessie. Taille hypogastrique avec adhérence du péritoine, 345 — Abcès suite d'otite grippale. Trépanation, 345. — Cure radicale de hernie cœcale. Résection de l'anse ilio-cœcale. Entérorhaphie. Guérison, 345. — Plegmon du cou, 345. — Cholécystoduodénostomie, 345. — Un cas de tétanos guéri malgré le traitement par l'antitoxine antitétanique, 345. — **Société française de laryngologie, otologie et rhinologie**, 345. — **Memento pratique**, 345. — Capsicum annuum et fastigiatum, 349. — Camphre et bromure de camphre. Preparation pharmaceutique et posologie, 349. — Bromure de camphre, 349. — Traitement des sueurs nocturnes des phtisiques, 349. — **Intérêts professionnels**, 351. — **Nouvelles**, 349. — **Bulletin bibliographique**, 352.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Deux cas de larmoiement réflexe d'origine nasale

Par le Dr H. Ripault (de Dijon)

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer deux cas de larmoiement réflexe d'origine nasale ; le fait en lui-même est connu de tous, les observations précises en sont peu nombreuses, et par suite on n'est pas tenu assez compte dans la pratique de sa fréquence et de son importance.

Voici en résumé les deux observations :

Observation 1. — Fr. Léon, 8 ans, est soigné depuis plus de 15 jours à la clinique ophtalmologique de Lariboisière pour un larmoiement de l'œil gauche.

Ce larmoiement est abondant et très pénible ; il empêche le petit malade de se livrer attentivement à ses études, et existe depuis près d'un an déjà, mais va en augmentant.

Après dilatation du point lacrymal inférieur, irrigations avec la seringue d'Anel ; le liquide passe bien dans le nez, sans refluer par le point supérieur ; néanmoins les lavages répétés quotidiennement pendant quinze jours n'amènent aucune amélioration appréciable.

C'est alors que nous avons l'occasion d'examiner l'enfant, et trouvons à la rhinoscopie antérieure dans la narine gauche un éperon saillant, mais horizontal, et ne gênant que peu la respiration nasale, venant appuyer contre le cornet inférieur un peu rouge et turgescent.

L'attouchement du cornet vers le point de contact détermine aussitôt une sensibilité vive dans l'œil correspondant.

Ablation immédiate de l'éperon à la scie de Bosvorth. Dix jours après, le père ramenait l'enfant absolument guéri de tout épiphora ; nous avons revu le malade à plusieurs reprises ; la guérison est définitive.

Obs. 2. — M. ., 52 ans est venu consulter pour un larmoiement rebelle, datant de plus de 2 ans, et occupant les deux yeux. Il a été soigné pendant plus de 2 mois par un spécialiste qui lui a incisé les canalicules inférieurs, l'a cathétérisé à plusieurs reprises, sans résultats.

Au contraire, le malade est actuellement plus tourmenté que jamais par son epiphora.

Pas de blépharo-conjonctivite notable ; pas de sécrétions agglutinatives le matin ; larmoiement intermittent. Les injections pénètrent avec une facilité absolue dans le canal nasal ; nous nous abstenons de tout cathétérisme.

Le malade, à l'interrogatoire, se plaint alors de moucher assez abondamment depuis un coryza consécutif à l'influenza ; il a le nez facilement enchifrené ; bouché la nuit

Nous trouvons à l'examen les deux cornets inférieurs manifestement hypertrophiés, appuyant sur le plancher, et touchant à la cloison ; bonne rétraction par la cocaïne.

Pulvérisations boriquées et vaseline mentholée. Au bout de 15 jours, larmoiement déjà moindre. Nous pratiquons alors sur chaque cornet une cautérisation profonde au galvano-cautère d'arrière en avant. 3 semaines après, le malade pouvait sortir dans la rue sans éprouver aucune gêne, sauf si le vent était violent ; et alors encore le larmoiement était minime.

A ces deux observations, nous en pourrions joindre une troisième ; mais celle-ci doit être publiée sous peu dans les Annales des maladies de l'oreille.

Il s'agit d'un enfant dont les deux narines étaient absolument obstruées par deux exostoses énormes,

d'origine spécifique; il existait un épiphora double, et sans obstruction du canal nasal cependant, comme le montraient les injections; et qui guérit dès que nous eûmes rendu aux fosses nasales une perméabilité suffisante.

L'examen attentif des fosses nasales, et l'exploration des cornets à la vue et par le stylet, s'impose donc dans tous les cas de larmoiement rebelle ; et principalement quand les injections passent sans difficulté par le canal nasal, et *a fortiori* la sonde de Bowmann.

Si le traitement lacrymal ne donne pas de résultats il faut songer au nez, et le traiter en conséquence par des moyens médicaux et surtout chirurgicaux appropriés à la cause irritative (section d'éperons, de synéchies; cautérisations de bourrelets hypertrophiques...).

Dans ces larmoiements spasmodiques, la guérison ou tout ou moins une amélioration très appréciable succèdent aussitôt à l'intervention; il est tout à fait inutile de s'attaquer aux voies lacrymales elles-mêmes.

CLINIQUE MÉDICALE

Un cas de guérison de tuberculose cutanée par les injections de cantharidate de potasse

par le Dr Branthomme
de Noailles (Oise)

Le traitement du lupus a jusqu'à présent donné bien des déboires aux praticiens. Il faut une réelle habitude pour pratiquer le râclage ou les scarifications des régions malades; aussi est-on en quête de nouvelles médications pour une affection si fréquente et si tenace. On a préconisé les applications d'acide lactique, de gaiacol (huile de gaiacol), de chlorophénol.

Ayant eu l'occasion d'expérimenter une nouvelle méthode avec un plein succès, je viens apporter mon observation dans l'espoir que j'aurai des imitateurs.

L. de Hermes, 30 ans, cordonnier atteint de tuberculose cutanée, région supérieure de la main droite et inférieure du poignet, superficie d'une pièce de cinq francs. Affection causée par infection directe étant donné son métier, a déjà été soigné pour cette maladie depuis quatorze mois, quand je le vois le 31 avril 1895: je propose et j'exécute le raclage de la partie malade sous l'anesthésie. Pansement à la gaze iodoformée, mais ce raclage ayant été insuffisant sans doute, il y a récidive avec plus grande extension du mal; j'ai alors recours à la méthode de Libreicht qui consiste à traiter les tuberculoses laryngées par le cantharidate de potasse.

Le 21 mai, les urines de L... étant reconnues indemnes d'albunine, je commence à le traiter par les injections du liquide suivant :

Cantharidate de potasse.....	0,001
Chlorhydrate de cocaïne.....	0, 10
Eau distillée.....	10

Et j'en fais une le premier jour puis sept autres dont deux le même jour, jusqu'au 4 juin. Une seule ensuite le 12 juin.

Le traitement local consiste toujours en pansements à la gaze iodoformée. Les piqûres sont assez douloureuses, supportables néanmoins, une d'elles s'est abcédée.

Les deux premières ont été suivies d'une élévation de température de 39,3 et 39,00; il y a eu une réaction locale qui s'est manifestée par une exsudation assez forte.

Elle ne s'est plus reproduite après la troisième injection, alors qu'au contraire, très rapidement, la cicatrisation se prononçait.

Elle était définitive le 16 juin. Une erreur de dosage aussitôt reconnue nous a fait une fois pratiquer une injection de 1 milligr... au lieu de un dixième de milligr... Nous n'avons constaté qu'une T° de 39, et une diurèse de 3 litres dans les heures qui ont suivi. Il est vrai que nous avions mis en nous apercevant de cette erreur le malade au régime du lait absolu pour trois jours.

A aucun moment les urines examinées minutieusement n'ont décélé la présence d'albumine. Actuellement la cicatrice est parfaite, souple, et le patient qui a repris son ancien métier dès le 20 juin jouit d'une excellente santé. Un examen tout récent n'a permis de trouver aucune trace d'albumine dans l'urine.

REVUE DE LA PRESSE

La diarrhée matinale par Francis Delafield (*Deutch med. zeit.* 12. 1896). — Sous le nom de diarrhée matinale, Delafield comprend les cas dans lesquels les patients ont le matin une ou plusieurs fois des selles liquides.

Les cas les plus simples sont ceux dans lesquels il n'y a d'abord qu'une seule selle matinale après le premier déjeuner. Cet état peut durer des mois et des années ou bien la diarrhée alterne avec la constipation. Il n'existe pas de troubles généraux, et l'état des patients ne réclame pas de soins.

L'état des patients qui ont le matin plusieurs selles liquides est plus sérieux. Cet état peut d'ailleurs subsister sans interruption pendant plusieurs années ou se montrer par périodes. Quelques patients sont quelquefois affaiblis après les selles au point d'être incapables de travailler. D'autres éprouvent des coliques ou une douleur fixe dans une partie de

colon. Les patients deviennent hypochondriaques ou sont facilement excitables, et la moindre émotion provoque de la diarrhée.

Plus la maladie est avancée, plus la diarrhée est matinale et plus aussi le patient s'affaiblit. Quelquefois la diarrhée se montre aussitôt après que le patient a déjeuné. Dans ces cas qui ont duré depuis longtemps et qui sont tenaces, il existe du mucus dans les selles.

Le traitement consiste dans le changement de climat, changement qui a souvent une heureuse influence, et dans le régime. Voici les différents régimes qui sont indiqués : le régime lacté exclusif, l'alimentation carnée exclusive et l'eau chaude ou une alimentation composée exclusivement de lait et de viande ou un régime dont sont exclus les hydrates de carbone. Dans un petit nombre de cas, la diarrhée peut être guérie par des lavages quotidiens de l'estomac.

Le traitement médicamenteux consiste à donner un peu d'opium, de sous-nitrate de bismuth. Le salol et la naphtaline peuvent être utiles, il en est de même de l'arsenic, de la quinine, de l'ipéca, de la belladone et de la cannabis. L'auteur a obtenu de bons résultats de l'huile de ricin à doses de 5 à 10 gouttes.

J. L.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 mai 1896. — Présidence de M. A. Cornu.

Sur la transformation de la graisse en hydrate de carbone dans l'organisme des animaux non alimentés : M. A. Chauveau. — Nous avons à produire, mes collaborateurs et moi, un certain nombre de documents nouveaux sur l'importante question de savoir sous quelle forme *immédiate* le potentiel consacré à l'exécution des travaux physiologiques, particulièrement le travail musculaire, est consommé dans l'organisme. Mes idées sur ce point, ainsi que les faits d'où elles découlent, sont maintenant bien connues. On sait que, si j'admets que toute métamorphose chimique libérant de l'énergie peut concourir à l'exécution des travaux physiologiques, je place la source principale, essentielle, du potentiel qui a cette destination dans les hydrates de carbone dont les tissus sont imprégnés ou que les humeurs tiennent en dissolution.

Il s'ensuit que, chez des sujets non alimentés, comme chez les autres, les hydrates de carbone doivent toujours compter au nombre des substances constituantes de l'organisme animal. C'est, en effet, ce que j'ai démontré dès 1856 malgré la consommation incessante qui s'en fait, la glycose persiste dans le sang, chez les sujets en inanition, jusqu'au moment où l'abaissement de la température annonce leur mort très prochaine (1). Donc, dans ce cas, il se forme incessamment de nouveaux hydrates de carbone aux dépens des autres matériaux de l'organisme, c'est-à-dire la graisse et les albuminoïdes.

Par quel mécanisme a lieu cette reconstitution incessante des hydrates de carbone chez des sujets inanitiés? Dans les hypothèses que j'ai faites pour donner une réponse à cette question, j'ai considéré à part le cas des corps gras et celui des albuminoïdes (1). Naturellement la même distinction doit être observée dans les tentatives de vérification expérimentale qu'appellent ces hypothèses.

C'est aux réserves graisseuses que je me suis adressé particulièrement tout d'abord. La transformation de ces réserves en hydrates de carbone est, à beaucoup de points de vue, l'un des sujets les plus intéressants de l'énergétique biologique. Comme je me suis inspiré, pour l'étude de cette transformation, des fort belles recherches de Regnault et Reiset sur la respiration des animaux en état de sommeil hibernal, je vais consacrer une première note à l'exposition du parti que j'ai tiré de ces recherches. Il n'est pas inutile de montrer comment j'en ai déduit le principe de la méthode à laquelle j'ai demandé mes renseignements sur le sort fait à la graisse utilisée comme potentiel dans les travaux intérieurs de l'organisme.

Je rappellerai tout d'abord que la permanence des hydrates de carbone, dans l'organisme des animaux privés de nourriture, ne se constate pas seulement pendant l'état de veille. Elle existe aussi chez les sujets en état de sommeil hibernal (Valentin, Voit, etc.). La conservation des hydrates de carbone s'y présente même dans des conditions et avec des caractère tels qu'on en peut tirer, comme l'on va voir, d'emblée pour ainsi dire, la démonstration du rôle des réserves graisseuses dans la formation des réserves de glycose et de glycogène.

Pour faire ressortir avec plus de relief les particularités importantes qui distinguent la permanence des hydrates de carbone chez les animaux soumis au jeûne et au sommeil de l'hibernation, rappelons d'abord les phénomènes qu'entraîne l'inanition chez des sujets non soumis au sommeil hibernal.

La marmote éveillée ne se comporte pas, pendant le jeûne prolongé, autrement que le lapin ou le cochon d'Inde, ou tout autre mammifère non hibernant. Elle succombe après s'être refroidie dans les derniers temps de sa vie et avoir perdu de 96/100 à 97/100 de ses provisions de graisse. A ce moment, ni les muscles, ni le sang ne contiennent trace d'hydrate de carbone. C'est la glycose du sang qui disparaît en dernier lieu, à l'approche de la période finale de refroidissement, comme il a été dit tout à l'heure. Mais plusieurs jours avant cette période, il n'y a déjà plus, dans les muscles et le foie, de glycogène en quantité appréciable par les moyens usuels.

La marmotte endormie ne se comporte pas tout à fait de la même manière. A la fin d'un jeûne et d'un engourdissement qui ont duré deux mois et demi à trois mois, l'animal a perdu presque 100 0/0 de sa graisse. Mais les hydrates de carbone n'ont pas disparu. Loin de là ; non seulement le sang contient encore de la glycose, mais le foie et les muscles sont toujours très riches en glycogène.

Cette opposition entre la disparition de la graisse et la conservation des hydrates de carbone constitue un fait éminemment suggestif. Celle-ci est évidemment liée à celle-là. Il est

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 1856; *Comptes rendus* t. CIII, 1886; *Le travail musculaire*, 1894.

(1) *La vie et l'énergie chez l'animal*, 1894.

difficile d'échapper à cette déduction que les hydrates de carbone, incessamment détruits, sont incessamment reconstitués par la transformation des graisses en glycogène ou en glycose, sans écarter du reste la part que les albuminoïdes peuvent prendre à cette reconstitution et dont nous n'avons pas à nous occuper en ce moment.

De quelle manière s'opère la transformation des graisses en hydrates de carbone ? C'est ici que nous avons à faire intervenir Regnault et Reiset, avec l'un des faits les plus importants que nous devons à leur étude expérimentale de la respiration.

Sacc, de Neuchâtel (Suisse), qui fournissait à nos confrères les marmottes sur lesquelles ils exécutaient leurs recherches, avait constaté que, pendant le sommeil hibernal, la marmotte peut augmenter de poids, dans les périodes où elle ne rend ni fèces, ni urines. C'est un fait fort curieux, en apparence paradoxal, que Regnault et Reiset ont expliqué par un autre fait non moins important, découvert au cours de leur expériences. Citons textuellement nos auteurs :

Les expériences que nous avons faites sur les marmottes engourdies donnent l'explication très simple du fait observé par M. Sacc, savoir : que souvent les marmottes en torpeur augmentent sensiblement de poids, bien qu'elles ne prennent aucune nourriture. En effet, dans l'expérience 40, faite sur la marmotte C, complètement engourdie et froide, nous avons trouvé que le poids de l'oxygène consommé était de 13 gr. 088, tandis que le poids de l'acide carbonique exhalé ne s'élevait qu'à 7 gr. 174. Or, l'animal n'a rendu ni excréments ni urine; si donc, d'un autre côté, il n'avait pas perdu d'eau par la transpiration, son poids se serait augmenté de 5 gr. 914 par la respiration seule pendant les cinq jours qu'il est resté dans l'appareil. Il a certainement perdu une partie de son eau par la transpiration, mais cette perte a pu être beaucoup moindre que 5 gr. 9, parce que la température de l'animal était très basse et supérieure seulement de 4° à celle du milieu ambiant. (1)

Voici maintenant un passage tiré de la conclusion 13° :

... Le rapport de la quantité d'oxygène contenu dans l'acide carbonique à celle de l'oxygène consommé est beaucoup plus faible (chez les marmottes assoupies), car il ne s'élève quelquefois qu'à 0,4. Le poids de l'oxygène qui entre dans les combinaisons non gazeuses étant plus grand que celui de l'acide carbonique dégagé; d'un autre côté, l'animal perdant peu d'eau par la transpiration, parce que sa température est très peu supérieure à celle du milieu ambiant, il en résulte que la *marmotte augmente sensiblement de poids par sa seule respiration*. Mais cette augmentation n'est pas indéfinie, parce que, de temps en temps, l'animal rend des urines (2).

Ainsi, la marmotte en torpeur peut augmenter de poids quoiqu'elle ne cesse jamais de consommer sa propre substance par le processus des combustions respiratoires.

Mais, dans ce processus, l'absorption d'oxygène est incomparablement plus forte que la production d'acide carbonique. D'où fixation d'oxygène dans l'organisme de la marmotte endormie. Voilà l'explication de l'augmentation de poids qu'elle éprouve.

Il reste à déterminer le mécanisme de cette rétention d'oxygène. Sur quel corps se fixe-t-il ? Regnault et Reiset ne s'en sont point préoccupés. Si la glycogénie animale vait été découverte au moment de leur expérience, ils auraient pu résoudre cette question par un simple complément d'étude de leurs marmottes engourdies. Ils n'auraient au qu'à faire le bilan des corps ternaires de l'organisme chez la marmotte qui commence son sommeil hibernal et chez celle qui le termine. En voyant que, à la fin de l'hibernation, la graisse a pour ainsi dire complètement disparu, tandis que le glycogène et la glycose sont conservés partout où ils existent habituellement, Regnault et Reiset uraient sûrement fait dériver ceux ci de celle-là, par la fixation de l'oxygène dont ils constataient la rétention dans l'organisme de leurs marmottes.

L'équation que j'ai donnée de la transformation des corps gras en hydrate de carbone, avec oxydation rudimentaire (1),

$$\overbrace{2C^{57}H^{110}O^{6}}^{\text{Stéarine.}} - 67O^{2} = \overbrace{16C^{6}H^{12}O^{6}}^{\text{Glycose.}} + 18CO^{2} + 14H^{2}O,$$

rend très bien compte de ce mécanisme. Elle explique en même temps la faiblesse exceptionnelle du quotient respiratoire pendant le sommeil hibernal. Ma formule comporte le chiffre 0,27 pour le rapport de l'acide carbonique produit à l'oxygène absorbé, dans l'acte de la transformation de la graisse en hydrate de carbone. On comprend que l'intervention d'un tel rapport, dans la constitution du quotient respiratoire des marmottes engourdies, abaisse celui-ci dans les proportions constatées par Regnault et Reiset. Pendant le sommeil hibernal, en effet, l'activité vitale est si considérablement ralentie, que les combustions définitives, attachées à l'entretien des travaux physiologiques encore persistants, sont incapables d'ajouter plus du tiers de sa valeur au quotient des oxydations rudimentaires qui transforment la graisse en hydrates de carbone. Et cependant, ces combustions définitives portent sur ces hydrates de carbone eux-mêmes ou des albuminoïdes, dont les quotients de combustion atteignent 1 et ne sont jamais inférieurs à 0,78.

En résumé, le fait fondamental découvert par Regnault et Reiset, joint à ceux qui y sont connexes, donne un renseignement précieux sur la destination immédiate des graisses, en énergétique physiologique. Loin que leur combustion directe soit toujours nécessaire, il apparaît qu'elles se transforment, au moins pour la plus grande partie, en potentiel-hydrate de carbone. On ne peut interpréter autrement la fixation d'oxygène qui a lieu pendant le sommeil hibernal, avec disparition graduelle de la graisse et réfection incessante du glycogène et de la glycose.

Est-ce là un processus spécial aux animaux hibernants ? Rien n'autorise à le penser. La non-utilisation directe des graisses pour les travaux physiologiques semble être, au contraire, un phénomène d'ordre général. Par exemple, en ce qui concerne l'état d'abstinence chez les animaux non hibernants, il n'y a aucune raison de croire que les choses ne se passent pas exactement de la même manière que chez les hibernants. Quand les sujets inaptes au sommeil hibernal sont soumis à l'inanition, la résorption graduelle et la fonte quasi complète des graisses coïncident, chez eux, avec la permanence de la glycose dans le sang, même pendant un certain temps, avec la conservation des réserves de glycogène dans les muscles et surtout dans le foie. Et

(1) *Annales de physique et de chimie*, 3e série, t. XXVI, p. 445; 1849.

(2) *Ibid.*, p. 515.

(1) *La vie et l'énergie chez l'animal*, p. 54.

si ces réserves disparaissent à un moment donné, c'est que la dépense incessante qui en est faite, dans les travaux physiologiques, n'est plus compensée par une restitution suffisante, en provenance du métabolisme intraorganique, de la transformation des graisses en particulier. Les hydrates de carbone nouvellement formés sont alors tous immédiatement consommés par les travaux intérieurs de l'organisme. Ajoutons que, dans ce cas, il se manifeste, de plus, une tendance très marquée à l'abaissement du quotient respiratoire, à l'instar de ce qui passe chez les hibernants.

Donc, au fond, pendant l'inanition, les animaux non hibernants ne diffèrent pas des sujets en sommeil hibernal. Les graisses, dans les deux cas, se transforment en hydrates de carbone, source de la plus grande partie du potentiel immédiatement consommé pour les besoins des travaux physiologiques. Chez l'animal hibernant, les résultats et le mécanisme du processus se montrent d'une manière éclatante. Les hydrates de carbone qu'engendre ce processus sont, en notable quantité, mis en réserve pour être consommés au réveil. La glycogénèse de l'état hibernal ne se dissimule donc jamais, pas plus, du reste, que l'acte préparatoire qui en est l'agent, je veux dire l'absorption de l'oxygène, qui, en se fixant sur la graisse, en fait de la glycose ou du glycogène.

Chez les animaux non hibernants, au contraire, la consommation des hydrates de carbone nouvellement formés pendant l'inanition est très active. Elle entraîne des échanges respiratoires à quotient élevé. D'où il résulte que le processus de la transformation des graisses et surtout son mécanisme nous échappent facilement, masqués qu'ils sont, au moins en partie par l'activité des mutations chimiques concomittantes.

Qu'il en soit de même dans toutes les autres conditions de la vie des animaux, c'est ce qu'on est autorisé à prévoir. Dans mes communications ultérieures, on verra comment, en vue de s'en assurer, a été exploitée la belle détermination de Regnault et Reiset.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1896. — Présidence de M. HERVIEUX.

La CORRESPONDANCE comprend une lettre du Dr George BOGDAN, de Jassy, qui pose sa candidature au titre de correspondant étranger.

Kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires guéri par le capitonnage et la suture sans drainage. — M. NICAISE. M. Delbet dans un cas, qui a été l'objet d'un rapport de M. Duplay à l'Académie, avait réussi à accoler par une suture en capiton la paroi de la cavité adventive et à réduire le foie dans le ventre sans aucun drainage. L'opération avait été suivie d'un plein succès. Dans un autre cas, le même procédé a été employé bien qu'il y eût communication du kyste avec les voies biliaires. Il s'agit d'un homme de cinquante ans chez qui l'on constata en septembre 1895 l'existence d'une tumeur dans les fausses côtes droites. La tumeur s'était développée lentement sans réaction, mais s'accompagnait d'un amaigrissement notable et de douleurs. La température était normale.

Le 11 février 1896, on fit une incision de 10 centimètres sur la tumeur : le foie est bosselé, la ponction donne un liquide clair puis jaunâtre La membrance hydatique est décollée en partie et se laisse enlever facilement, mais la bile se met à sourdre au fond de la poche en quantité considérable. L'incision hépatique est agrandie jusqu'à 10 centimètres. L'orifice de la fistule biliaire, profondément situé sur la paroi gauche, est suturé avec trois fils. La poche est nettoyée avec des éponges trempées dans du sublimé. Son adhérence au foie et son épaisseur empêchent de l'enlever. On procède alors au capitonnage. Deux gros fils de catgut sont passés profondément dans l'épaisseur de la paroi. Le premier point détermine une hémorragie veineuse assez abondante qui s'arrête dès que les fils sont serrés. Ces deux fils suffisent à adosser les parois du kyste et à supprimer sa cavité. L'incision hépatique est ensuite suturée par un surjet au catgut et le tout est rentré dans le ventre sans drainage. La plaie abdominale est complètement fermée. Le malade est sorti complètement guéri de l'hôpital.

L'oblitération de la cavité limitée par la membrane adventice, la suture du foie et la réduction de l'organe sans drainage suivie de suture de la paroi abdominale constituent un progrès sur la marsupialisation. Mais le procédé de réduction n'est pas applicable à tous les cas. M. Delbet en limite l'emploi aux kystes hydatiques à contenu clair non infecté et s'il y a une communication avec les voies biliaires, on ne pourra l'employer que si la bile n'est pas infectée.

Myosite ossifiante progressive. — M. WEILL. Il s'agit d'un Israélite, de trente ans, né en Roumanie, sans antécédents héréditaires ou personnels. Le début de l'affection remonte à onze ans. A ce moment il y eut de la fièvre, des vomissements, des douleurs intenses, de la rougeur et de la tuméfaction de tout le côté droit de la partie supérieure du corps. Après amendement progressif et disparition des symptômes aigus au bout de trois mois, on a constaté que toutes les parties atteintes étaient devenues dures et rigides; l'épaule droite était ankylosée, la tête immobile sur le cou, les mâchoires contracturées au point que pour pouvoir alimenter le malade, il fallut pratiquer une brèche entre les dents.

Deux ans de suite, à la même époque, les phénomènes aigus se sont reproduits encore du côté droit, descendant toujours plus bas, et amenant peu à peu l'ossification de tout le côté. Puis le côté gauche a été envahi à son tour; des accès se montrèrent tous les printemps, jusqu'à il y a quatre ans. Depuis il n'y a pas eu de nouvelles poussées, sauf il y a quelques mois.

La station debout et la marche sont possibles; le tronc est fortement incliné en avant et à droite; la tête tournée à gauche est immobile sur la colonne vertébrale, qui est complètement raide. Ankylose complète des deux mâchoires, des deux épaules, du coude droit; elle est incomplète au coude gauche. Aux membres inférieurs ankylose de l'articulation coxo-fémorale droite, du genou et de l'articulation tibio-tarsienne gauches.

Toute la musculature de la partie postérieure du tronc est transformée en une espèce de carapace dure, osseuse, avec des travées, des reliefs, des excavations.

Douleurs vésicales des prostatiques. — M. A. GUÉPIN. Le phénomène qui inquiète surtout le malade à toute période des accidents provoqués par le déplacement du col vésical dû à l'augmentation du volume de la prostate, et spécialement à l'hypertrophie sénile de cette glande, est certainement la douleur. C'est contre ses diverses modalités qu'il demande au chirurgien d'agir rapidement et efficace-

ment. Il convient donc, avant d'en aborder le traitement, d'étudier ces douleurs dans leurs caractères et dans leurs rapports avec les autres symptômes, partant dans leurs causes et le mécanisme de leur production.

La douleur ne se montre que tardivement à la première période (période latente) de l'hypertrophie prostatique. A la fin d'une miction et surtout d'une miction nocturne ou sous l'influence d'une de ces causes congestives si funestes (retenue, écart de régime, refroidissement, etc.), il se produit une contraction pénible de l'urètre et de la vessie simulant un besoin intense d'expulsion et, sans avoir été satisfait, se calmant peu à peu.

Mais bientôt, le début de la miction, puis toute sa durée, sont marqués comme la fin par des spasmes avec irradiations douloureuses, dont l'intensité est fort variable suivant les sujets, qui se prologent un certain temps après l'évacuation de l'urine. On est alors à la seconde période, période d'excitation vésicale faisant suite à la passivité et aboutissant rapidement à la rétention.

La rétention est bien connue dans ses signes fonctionnels, dans ses crises d'excitation qui lorsqu'elles se montrent, ont une fréquence et une intensité se rapprochant jusqu'à la continuité ; il n'est donc pas nécessaire d'insister.

Mais la vessie vidée, même avec toutes les précautions indispensables dans le cathétérisme, il survient de nouveau après quelques heures, si le malade est abandonné à lui-même, de la rétention d'urine douloureuse ; et chaque cathétérisme paraît diminuer la capacité vésicale, c'est-à-dire rapprocher les besoins pathologiques impuissants et les douleurs qui les accompagnent. Dans ces efforts d'expulsion, la vessie se tend ; la palpation sus-pubienne permet de la reconnaître à sa situation et à sa forme, quand elle est suffisamment dilatée, malgré la contraction abdominale ; du méat, il s'écoule souvent un peu de sang. Passe-t-on une sonde ? Celle-ci éveille une vive sensibilité dans la région prostatique qu'elle franchit à frottement et souvent pénètre dans la vessie par un brusque ressaut indiquant l'élévation de la lèvre inférieure du col, valvule de Mercier, que l'on sait être aujourd'hui une expression symptomatique du spasme de l'urètre profond. Cet ensemble de signes rappelle celui de la cystite ; cependant les urines sont claires. Dans ces circonstances, il y a infection aiguë de la prostate, avec retentissement rapide sur l'état général. La sonde à demeure eût pu le plus souvent et, en suivant toutes les règles que je résumais ici-même (séance du 15 avril 1896) permettre d'éviter l'excitation vésico-urétrale, en évitant l'infection prostatique.

Ainsi, dans tous les cas, — volontairement, pour ne point prolonger outre mesure ces quelques réflexions, je laisse de côté les complications possibles, — la douleur des prostatiques est causée par une contracture vésico-urétrale. A la première période : contracture de la vessie sur l'urine stagnante dont le déplacement du col ne permet plus l'évacuation. A la seconde période, même phénomène de plus en plus accusé jusqu'à la rétention. Alors si la prostate vient à s'infecter, surtout par le mélange d'urine septique aux sécrétions qui dilatent ses éléments glandulaires, retentissement réflexe sur la vessie, marchant de pair avec l'état prostatique, s'aggravant et guérissant avec lui.

Il résulte de cet exposé, nécessairement schématique en raison de sa brièveté, que le traitement doit avoir pour but de prévenir tout phénomène d'excitation vésicale. Il se trouve également satisfaire à toutes les autres indications qui ne sont pas tirées de la considération de l'élément douleur.

C'est ainsi qu'à la période de passivité vésicale, on cherchera à obtenir le dégonflement de la prostate. Celui-ci tient, en général, à la congestion locale et à la dilatation glandulaire par stagnation des sécrétions. Contre la congestion, nous avons : l'hygiène, le régime, la saignée locale, la déplétion du rectum et même certains médicaments comme l'hamamelis ; contre l'état glandulaire : les lavements simples et médicamenteux, les suppositoires calmants et modificateurs, la compression de la prostate faite en temps opportun, suivant les règles posées par mon maître Reliquet, précédée de la suppression de tout ce qui favorise et entretient la dilatation glandulaire, c'est-à-dire de toutes les causes de voisinage du spasme urétral profond, ainsi que je l'exposais devant la Société de biologie (19 janvier, 1895).

A la période d'excitation, la sonde à demeure remplit toutes les indications, associée aux moyens calmants locaux et décongestifs déjà énoncés.

Mais si l'état douloureux s'aggrave, chose heureusement fort rare quand aucune précaution n'a été négligée, la fistulisation de la vessie s'impose ; elle offre alors le dernier espoir, d'ailleurs précaire, d'arrêter les accidents infectieux rapidement menaçants.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la division de physique et chimie. Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : 1° M. Bunge (Bâle) ; 2° M. Schmereberg (Strasbourg) ; 3° M. Ichoer (Strasbourg).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mai 1896. — *Présidence de* M. d'Heilly.

Empoisonnement par l'acide pyrogallique. — M. Dalché rapporte l'observation d'un cas d'empoisonnement volontaire à la suite de l'ingestion de 15 grammes d'acide pyrogallique en poudre mêlés a un verre d'eau additionné d'absinthe.

Les accidents cliniques ont évolué sans rien présenter d'imprévu, mais les résultats de l'autopsie sont curieux.

Les reins présentèrent des lésions importantes. Ils sont gros, noirâtres ; leurs tubes sont comblés par des sphères réfringentes, sorte de boules qui présentent des réactions micro-chimiques permettant d'affirmer la présence de sels de fer dans leur constitution. Ces éléments sphériques existent dans les capillaires et dans les grosses veines. Mais contrairement à ce que l'on trouve d'ordinaire, au cas d'hémoglobinurie toxique, les épithéliums du rein ne renferment aucune poussière pigmentaire donnant les réactions ferrugineuses.

Il y a donc dans ce cas altération profonde du sang avec destructions globulaires, mais les lésions rénales accompagnant l'hémoglobinurie manquent.

Deux cas de sable intestinal et d'entérite muco-membraneuse. — MM. Mathieu et Richard. La question de la production de sable dans l'intestin n'est pas nouvelle; elle n'est cependant pas étudiée avec les développements qu'elle comporte; nous croyons donc devoir communiquer à la Société deux nouveaux cas que nous venons d'observer.

Dans un cas, le sable se présentait sous forme de grains assez réguliers, d'une couleur jaune, ayant environ 1/4 ou 1/2 millimètre de diamètre. Les grains étaient disséminés dans une masse assez considérable de matières fécales. L'analyse chimique permit de lui reconnaître la composition suivante:

Matière organique.....	30 gr. 80
Phosphate tricalcique	64 — 20
Carbonate de chaux.....	3 — 41
Matières minérales diverses.....	1 — 57

Dans le second cas, les grains de sable étaient beaucoup plus volumineux; son aspect rappelait assez exactement celui du poivre blanc; on peut admettre que cet aspect est le résultat d'une agglomération des grains entre eux.

Les recherches que nous avons faites, à propos de ces deux cas, nous ont démontré que l'existence de ce sable, dans les fèces, coïncidait fréquemment avec l'évolution d'une entérite muco-membraneuse. Nous nous demandons si, dans cette association fréquente de l'entérite muco-membraneuse et de la lithiase intestinale, il n'y a pas autre chose qu'une simple coïncidence, s'il n'y a pas une véritable relation de cause à effet. La composition chimique de ces concrétions présente, dans les différents cas, une remarquable analogie; ce qui y prédomine, ce sont les sels de chaux.

Les calculs appendiculaires, auxquels M. Dieulafoy attribue un rôle si important dans la production de l'appendicite, ont une composition très analogue. Les gros calculs de l'intestin qu'on a analysés à plusieurs reprises ont la même constitution chimique.

L'intestin n'est pas, du reste, la seule cavité revêtue d'une muqueuse qui puisse renfermer des calculs d'une composition analogue : on en trouve dans les amygdales, dans les fosses nasales, dans les bronches.

Ces diverses concrétions peuvent-elles être considérées comme des productions diathésiques, à la façon de certains calculs des voies biliaires et des voies urinaires? Nous ferons remarquer, tout d'abord, que les calculs biliaires et urinaires que l'on considère comme diathésiques n'ont pas le phosphate de chaux comme base. Les calculs primaires sont formés d'acide urique ou d'urates et d'oxalates pour les voies urinaires, constitués par les matières colorantes de la bile ou par la cholestérine pour les voies biliaires. Les calculs secondaires ne se forment que lorsqu'il survient une vive inflammation de la muqueuse qui tapisse les réservoirs urinaires et biliaires.

On peut se représenter comment se constituent les concrétions intestinales lorsqu'il existe de l'entérite muco-membraneuse, c'est-à-dire une desquamation cellulaire abondante et une sécrétion très riche en mucus. Du reste, d'après l'étude microscopique des mucosités et des membranes de l'entérite muco-membraneuse, récemment faite par Sven-Akerlund, on y trouverait des cristaux de phosphate de chaux. La production de sable à base de phosphate de chaux ne serait peut-être que l'exagération d'un processus normal. En effet, Robert et W. Koch ont vu se produire des concrétions à base de magnésie et de chaux dans les détritus épithéliaux accumulés dans la partie du gros intestin située au-dessous d'un anus contre nature.

Pour que des concrétions, assez volumineuses pour constituer des grains de sable multiples, puissent prendre naissance, il faut admettre : 1° Un apport anormal de sels calcaires, ce qui expliquerait bien la desquamation et la sécrétion muqueuse exagérées par le fait de l'inflammation ; 2° une véritable stase de ces produits, ce que réalise la constipation habituelle dans ces conditions. La production de la chaux, qui incruste volontiers les divers amas de cellules en voie de nécrobiose, n'est pas l'apanage d'un organe. Est-elle la conséquence d'une modalité particulière de la vitalité de l'organisme entier, d'un état diathésique en d'autres termes ? cela n'est pas démontré.

La lithiase appendiculaire à laquelle M. Dieulafoy attribue un rôle si important dans la production des accidents de l'appendicite doit être, d'après ce qui précède, la conséquence d'une inflammation antérieure de l'appendice. Si elle est d'origine diathésique, ce n'est qu'indirectement, parce que certaines personnes ont une prédisposition particulière, congénitale et familiale, à l'inflammation de ce diverticule de l'intestin.

Pour terminer, nous voulons appeler l'attention sur un point intéressant, relativement au diagnostic différentiel. Dans le premier des deux cas que nous avons observés, on avait porté le diagnostic de coliques hépatiques. La colite muco-membraneuse donne parfois lieu, en effet, à des douleurs paroxystiques qui, lorsqu'elles siègent immédiatement au-dessous du foie, peuvent simuler la colique hépatique fruste. Cependant, dans ces conditions, il ne survient pas d'ictère, et l'analyse des concrétions rejetées par l'intestin montre qu'elles ne renferment ni matière colorante de la bile, ni cholestérine.

Le diagnostic n'est pas sans importance pour les indications thérapeutiques. Il n'est pas démontré, en effet par exemple, que la cure à Vichy, si utile en cas de lithiase biliaire, soit aussi bienfaisante lorsqu'il s'agit de la lithiase intestinale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 20 mai. — Présidence de M. Saint-Yves Ménard

Le centenaire de la découverte de la médecine. — M. Saint-Yves Ménard. Le monde civilisé tout entier vient de célébrer, à la date du 14 mai 1896, le centenaire de la découverte de la vaccine.

En France, il appartenait à l'Académie de médecine, qui a parmi ses attributions officielles la conservation de la vaccine, de glorifier Jenner. Son éminent Président, directeur de la vaccine, a ouvert l'avant-dernière séance en proclamant que l'œuvre de l'illustre médecin de Berkeley, appuyée sur une longue et fine observation autant que sur l'expérimentation la plus rigoureuse, est marquée au coin

de la vraie science ; que son mérite d'initiateur est désormais incontestable ; que sa méthode défie encore toute modification de principe, que la vaccination antivariolique est la plus belle conquête de la science médicale.

La Société de médecine et de chirurgie pratiques, dans une sphère plus modeste, veut s'associer aux hommages rendus à la mémoire de Jenner.

Jusqu'à la fin du siècle dernier, la variole marchait à travers le monde comme un des plus cruels fléaux, sévissant sous forme d'épidémies désastreuses ; atteignant quiconque ne lui avait pas encore payé son tribut, hommes, femmes et enfants ; tuant quarante malades sur cent, laissant les autres infirmes et défigurés ; semant l'épouvante dans les populations. La Condamine écrivait que ceux-là seuls y échappaient qui ne vivaient pas assez pour l'attendre. On estime que la mortalité par variole dans les pays d'Europe atteignait chaque année deux mille par million d'habitants.

A côté de cette contagion terrible, la nature entretenait de tout temps, dans les espèces chevaline et bovine, une contagion bénigne et s'essayait, pour ainsi dire, à opposer l'une à l'autre dans quelques circonstances accidentelles. Par bonheur un homme de génie, un érudit et un profond penseur, sut observer la nature, comprendre son moyen d'action et démontrer expérimentalement (14 mai 1796) toute sa portée pratique ; puis il fit méthodiquement de la maladie des animaux, du cow-port inoculé, c'est-à-dire de la vaccine, un préventif de la variole. Tel fut Jenner ; tel le fut son œuvre dont tout le monde connaît les conséquences bienfaisantes.

Aujourd'hui en effet, on rencontre bien peu de personnes marquées de variole ; la maladie est si rare que la plupart des élèves en médecine ne peuvent plus l'étudier cliniquement ; la mortalité est réduite à des chiffres minimes dans les centres populeux. Pour citer un seul exemple, qui nous touche de près : la ville de Paris, sans être la mieux partagée, n'a enregistré que 17 décès par variole en 1895, soit à peu près six par million d'habitants.

La quasi-suppression de la variole, la promesse de sa suppression complète dans l'avenir, tel est le glorieux jubilé qui a le privilège bien rare d'unir aujourd'hui l'humanité tout entière dans un même sentiment d'admiration et de reconnaissance.

Il ne s'est pas rencontré jusqu'ici d'autres maladies naturelles bénignes capables de nous préserver des graves contagions qui nous atteignent. Cependant la lutte contre les maladies infectieuses si brillamment inaugurée par Jenner, n'a pas cessé de faire des progrès. C'est qu'un autre homme de génie a su découvrir la nature vivante de la contagion, dévoiler certains de ces agents, atténuer la virulence de quelques-uns et les opposer comme agents préventifs à des maladies contagieuses des animaux et de l'homme Au XVIII[e] siècle, l'Angleterre avait donné au monde la vaccination jennérienne. Au XIX[e] la France a donné au monde les vaccinations pasteuriennes et surtout l'antisepsie.

Ces merveilleuses découvertes rendent la gloire de Jenner et la gloire de Pasteur à jamais inséparables.

Discussion sur le traitement chirurgical du pied-bot varus équin. — M. REYNIER regrette que dans les ouvrages classiques où l'on divise les pieds-bots en congénitaux et acquis, on ne distraise pas de ce dernier groupe, pour aborder la question du traitement, les pieds bots résultant d'une paralysie infantile, car alors il existe, en même temps que la perte de la motilité, des troubles de la nutrition de la peau et des os dont les tissus sont spongieux parfois à tel point que M. Reynier a pu se demander au cours d'une opération s'il n'y avait pas de tuberculose.

Quand la paralysie infantile est complète, que le pied est ballant, on doit préférer, malgré ses difficultés réelles, l'arthrodèse afin d'obtenir un pilon par ankylose. Quand la mobilité persiste dans un groupe de muscles, on a généralement un varus équin, l'astragale sort peu à peu de sa mortaise, son col et sa partie antérieure augmentant de volume.

Au début, les moyens orthopédiques peuvent être employés ; plus tard il faut s'attaquer aux os. L'opération de Faltz ne donne de résultats que si les os sont peu modifiés ; sinon, il y a lieu de tenir compte d'un double courant d'opinions ; les uns préconisent l'arthrodèse *dans tous les cas*, les autres cherchent à donner au pied une certaine souplesse par diverses ectomies M. Reynier enlève le moins possible pour ne pas affaiblir le pied et pratique de préférence l'astragalectomie qui corrige mieux l'équinisme dont l'existence gêne le plus les malades.

L'orateur partage donc les vues exposées par M. Bilhaut dans sa communication.

M. BILHAUT insiste sur la nécessité de traiter les pieds-bots le plus tôt possible ; les moyens orthopédiques seraient suffisants sauf quand le pied est ballant, il préfère aussi l'astragalectomie à l'arthrodèse qu'il a pratiquée sur de tout jeunes enfants sans avoir jamais pu obtenir l'ankylose, malgré toutes les précautions prises.

M. REYNIER rappelle que cette difficulté a été si bien constatée qu'Albert avait proposé de faire suppurer les surfaces osseuses.

Quelques considérations sur le traitment de la diphtérie. — M. ROULIN s'appuyant sur des faits cliniques, frappé des dangers du sérum de Roux, propose d'en réserver l'emploi aux cas de diphtérie dans lesquels les lésions ne sont pas accessibles.

Lorsqu'elles le sont, il préfère traiter les malades par les douches locales d'eau chargée de phénate de soude auxquelles il doit depuis longtemps des succès évidents.

A. DE CRÉSANTIGNES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mai 1896. — Présidence de M. CH. MONOD.

Cholélithiase. — Cholécystectomie et cholécystotomie. — M. TUFFIER résume la discussion qui a occupé les séances précédentes. La difficulté du diagnostic des tumeurs de la vésicule et des tumeurs rénales n'est pas niable. Du reste, d'autres tumeurs peuvent donner le change et M. Tuffier donne l'observation d'une malade où, après avoir diagnostiqué le calcul de la vésicule, il trouva une grosseur extra-utérine.

La cholécystotomie idéale semble abandonnée par tout le monde. La cholécystectomie ne sera défendue que dans les cas de pédiculisation de la vésicule, avec isolement facile.

La cholécystotomie est bénigne, et les fistules ultérieures

guérissent spontanément dans presque tous, sinon tous les cas.

On réserve celle-ci aux cas relativement graves et la cholécystectomie n'a été faite que dans les cas faciles.

Dans les cas difficiles, la cholécystotomie peut être difficile, mais dans ces cas la cholécystectomie le sera encore davantage.

Quant aux résultats ultérieurs, ceux de la cholécystectomie sont-its préférables? Est-on moins à l'abri des récidives? Si on fait bien la ligature dans celle-ci, si la bile n'est pas infectée, la guérison sera durable, mais s'il y a infection — il faudra qu'elle sorte, il y aura du pus, il y aura une fistule

De plus, on doit être parfaitement sûr qu'il n'y a pas oblitération des canaux biliaires situés au départ de la vésicule biliaire. Et si, dans les cas d'oblitération, il y a une fistule biliaire comme dans la cholécystostomie, les calculs obturant peuvent isseoir par la fistule et la perméabilité du cholédoque se rétablit. Il en sera de même si le contenu de la vésicule était infecté. Rien ne sera plus favorable que la persistance de cette fistule.

La récidive sera théoriquement rendue impossible par la cholécystectomie, puisque la vésicule est considérée comme le laboratoire des calculs. Mais les faits n'ont pas confirmé cette théorie, puisqu'aucun fait de récidive après cholécystotomie n'est publié.

Corps étrangers de la vessie. — Taille hypogastrique avec adhérence du péritoine. — M. Chauvet fait un rapport sur une observation adressée par M. Boppe Il s'agissait d'un malade qui s'était introduit un porte-plume de 15 centimètres de long. Après l'incision de la paroi, ce corps fut facilement extrait.

Abcès suite d'otite grippale. — Trépanation. — M. Boppe présente l'observation d'un malade atteint d'otite suppurée à la suite de grippe qui semblait guérie après ouverture du tympan, quand tout à coup il fut pris de paralysie, d'aphonie et de fièvre. On pratiqua la trépanation sur le milieu de la ligne rolandique, on pratiqua 4 couronnes de trépan. Les ponctions restèrent sans résultat, on laissa la plaie ouverte. Le lendemain, l'état du malade était le même ; il refit une nouvelle trépanation au-dessus de l'oreille qui conduit sur le lobe temporal. M. Boppe sous la rondelle osseuse, après ouverture de la dure-mère, ne trouva rien. Nouvelle rondelle et ponctions multiples, le malade survécut 5 jours ; à l'autopsie on trouva un abcès du volume d'un œuf de pigeon vers la première circonvolution temporale et à la surface des méninges se trouvait une couche de pus verdâtre.

Cure médicale de hernie cœcale. — Résection de l'anse ilio-cœcale. — Entérorrhaphie. — Guérison. — Communication par M. Courtin (de Bordeaux).

Phlegmon du cou. — M. Reclus. J'ai eu l'occasion de voir un porteur aux halles qui vint me consulter pour un gonflement du cou, survenu tout d'un coup vers la région antérieure, précédée, six semaines auparavant, d'une grande difficulté à avaler, de douleur vers la gorge. Je constatai, à la partie antérieure cervicale, une plaque inclinée, étendue du bord du thyroïde jusqu'au sternum, puis sur les côtés le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Pas de douleur, pas de chaleur, mais une coloration lie de vin avec dureté ligneuse qui rappelle le squirre en cuirasse de la mammelle.

M. Terrier, que le malade avait été consulter, avait diagnostiqué cancer du larynx propagé au cou. Instruit par trois cas analogues que j'ai eu l'occasion d'observer, je fis le diagnostic de phlegmon induré. Une série de petits abcès furent successivement ouverts. L'examen bactériologique montra, au milieu des leucocytes, des microbes analogues aux formes courtes du bacille de Lœffler diphtéritiques. Remarquant alors que les maux de gorge avaient précédé d'un mois l'apparition de la plaque indurée, nous fîmes deux injections de sérum de Roux et au quinzième jour les limites du phlegmon ligneux avaient diminué. Tout disparut au bout d'un mois.

C'est toujours au niveau du cou que j'ai vu se développer le phlegmon ligneux, caractérisé par la coloration lie de vin, la dureté ligneuse sans douleur, sans chaleur.

Mes 5 observations portent sur 5 hommes. Dans la deuxième observation seulement se trouvent notés nettement les antécédents de mal de gorge, et une autre relate l'existence d'une adénite.

Dans mes autres observations, la résolution ne se fit qu'au bout d'un an et avec de véritables tranchées au thermocautère, et je ne puis m'empêcher de comparer la guérison relativement rapide de mon dernier malade après les injections de sérum de Roux.

M. Quénu cite une observation d'abcès induré à la suite d'injection de sérum antistreptococcique.

M. Reynier. J'ai observé 3 cas de phlegmons indurés du cou. Dans l'un, l'examen bactériologique a révélé l'existence de staphylocoques. Je pense que ces phlegmons indurés sont dûs surtout à l'état fâcheux des individus qui les portent.

M. Poncet. — Je ne nie pas que le terrain ne joue un grand rôle dans ces phlegmons, mais je pense que l'agent virulent doit, lui aussi, être d'une grande importance. On a connu le satphylocoque et le streptocoque. Mais beaucoup d'autres existent, et ayant examiné tous les pus de phlegmon depuis quelques mois j'ai trouvé l'actinomycose ou des formes atténuées, un mycélium assez mal défini. Or, dans ces cas, se présentaient des caractères analogues à ceux que M. Reclus nous a rappelés dans sa communication.

Je ne veux pas affirmer plus que lui la nature de ces phlegmons. Mais je veux simplement, par ces réflexions, montrer toute l'importance qu'il y a à examiner encore tous les pus qui peuvent exister dans les phlegmons du cou.

Cholécystoduodénostomie.— Communication par M. P. Delbett.

Un cas de tétanos guéri malgré le traitement par l'antitoxine antitétanique. — Présentation du malade par M. A. Broca.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session de 1896

(Suite)

Traitement des vertiges labyrinthiques. — M. Gellé (Paris), *rapporteur*, adopte les divisions suivantes :

A) *Vertige par commotion, par compression dans les affections de l'oreille moyenne.* — On doit alors recourir, selon l'indication, à l'aération par le Politzer ou le cathéter, la gymnastique passive, l'extraction des osselets, la

mobilisation de l'étrier, section des tendons, etc. En cas de *traumatisme* refouler les caillots au dehors.

B) *Vertige lié à l'hémorragie labyrinthique.* — Les symptômes sont : surdité subite même par voie cranienne, vertige brusque avec sifflement énorme. Indications : sangsues à l'apophyse, rappel de flux habituels ; repos, drastiques, régime lacté, injections d'ergotine ; s'il y a hyperhémie de la caisse, ponction et bain d'eau tiède.

Plus tard, essayer les injections de pilocarpine et traiter l'état général.

C) *Vertige lié à la congestion labyrinthique.* — En cas de congestion active, même traitement que dans l'hémorragie. Si elle est passive, surveiller la circulation centrale. On évitera les bains chauds, les eaux thermales excitantes, les sulfureuses notamment ; les bromures et l'arsenic seront indiqués. Les douches froides ne sont applicables qu'à des congestions passives liées à la débilité nerveuse et à titre préventif.

D) *Vertige par anémie du labyrinthe.* — L'anémie développe au plus haut point l'hypéresthésie labyrinthique et s'il y a lésion optique les effets sont plus marqués du côté sourd. Les toniques, les reconstituants, le séjour à la campagne améliorent rapidement la situation. Chez les artério-scléreux l'iodure et le lait, la caféine seront indiqués ; s'il y a hypotension vasculaire on recourra à la spartéine, au strophantus. Le *salfate de quinine* sera le médicament employé contre la lésion locale, c'est le meilleur anesthésique du labyrinthe.

E) *Vertige par inflammation de l'oreille interne.* — Cette affection est difficile à différencier de la méningite, elle donne lieu à de la fièvre, du délire comme dans la *maladie de Voltolini*, comme dans l'otite labyrinthique des oreillons. La pilocarpine, la quinine, la strychnine ont donné des succès. Dans certains cas où on peut craindre une augmentation de pression labyrinthique on pourrait tenter l'ablation de l'étrier. Si les troubles labyrinthiques peuvent être attribués à la syphilis héréditaire ou acquise on devra recourir au mercure sous forme d'injections hypodermiques.

F) *Vertige lié à l'hypéresthésie labyrinthique.* — L'hyperesthésie est l'élément principal du vertige, dont la cause réelle est souvent ou un traumatisme ou une affection otique. La médication par excellence de cet état est le sulfate de quinine, de 0,60 à 1 gramme par jour pendant 10 à 15 jours, puis repos et on recommence ainsi deux, trois fois et même plus. On peut y adjoindre des instillations locales calmantes et le bromure de potassium à l'intérieur. Parfois la douche d'air, la paracentèse du tympan seront utiles. Enfin, on traitera l'état général, surtout par les douches froides, et on traitera les odontalgies ou les névralgies de la cinquième paire ; là encore le sulfate de quinine uni à l'aconit rendra les plus grands services.

G) *Vertige labyrinthique dans les toxémies.* — La thérapeutique variera suivant l'indication.

H) *Vertige labyrinthique réflexe.* — Les troubles dans ces cas partent de l'oreille comme foyer, mais l'affection optique, à son tour, est influencée par l'état maladif d'organes éloignés.

Les affections de l'estomac augmentent les vertiges, mais il faut se garder de se prononcer pour un simple vertige *a stomacho læso* ; dans ces cas-là la dyspepsie augmente le vertige, mais il n'en est pas moins souvent d'origine labyrinthique comme j'en ai eu souvent la preuve. Du reste, l'amélioration survenue à la suite du traitement de l'estomac n'est, la plupart du temps, pas persistante.

Les troubles utérins, les affections pulmonaires, les psychoses, les hémorroïdes suffisent pour amener des troubles circulatoires qui ébranlent le nerf labyrinthique hyperesthésié. Le labyrinthe, comme un manomètre, exprime les variations de la pression sanguine et de l'impressionnabilité nerveuse : vertiges, bruits subjectifs, hallucinations en sont les formes expressives. Agissent de même les maladies de la nutrition, les épuisements, les chagrins, etc., chez ceux qu'une lésion otique a prédisposés aux irritations réflexes du labyrinthe.

Traitement des papillomes diffus du larynx. — M. Poyet (Paris), *Rapporteur*. — Si l'on se reporte aux statistiques de tous les auteurs qui, depuis la découverte du laryngoscope, c'est-à-dire depuis 1858, ont écrit sur les maladies des organes de la voix examinés directement avec le miroir, il est facile de se convaincre que, parmi toutes les tumeurs et parmi tous les polypes examinés et décrits, les papillomes sont de beaucoup les plus fréquents.

Je n'ai pas à rappeler ici cette statistique qui ne fait pas partie de mon sujet, il me suffit de la signaler.

De nombreux examens micrographiques démontrèrent la nature papillaire de tumeurs enlevées par Turck, Czermak, Fauvel, Mackenzie et autres, et, si je ne me trompe, ce fut Ordonez, un élève de Robin et Cornil, qui fut des premiers à constater la nature papillaire des tumeurs examinées.

Pendant longtemps, on ne s'expliqua pas la fréquence de ces papillomes, surtout sur le bord libre des cordes vocales inférieures, à leur partie antérieure, région dans laquelle à l'état normal, on ne connaissait pas la présence de papille on en était réduit à attribuer leur développement à un travail irritatif local.

Ce n'est qu'en 1874 que Coyne donna dans sa thèse inaugurale une anatomie micrographique complète de la muqueuse laryngée, et ce n'est aussi qu'à partir de cette époque que l'on put s'expliquer la fréquence des papillomes du larynx.

Le plus souvent, nous le savons tous, les papillomes du larynx siègent dans l'angle antérieur des cordes vocales inférieures, mais il est un certain nombre de cas dans lesquels ils envahissent une plus ou moins grande étendue de l'organe vocal, quelquefois même sa totalité.

Dans ces cas, on leur donne le nom de papillomes diffus.

On les trouve souvent sous cette dernière forme chez des enfants en très bas âge ou chez des personnes qui, atteintes d'abord de papillome localisé, ont vu l'organe se prendre progressivement, petit à petit, la maladie faisant en quelque sorte la tache d'huile. Il est permis de croire que, dans ces cas, il se fait une véritable auto-inoculation.

En raison même de la fréquence des papillomes laryngés, en raison de la facilité avec laquelle ils repullulent et se reproduisent après avoir été détruits, c'est surtout contre eux que les laryngoscopistes ont dirigé tous leurs efforts pour en obtenir la guérison.

On peut dire que tous les moyens médicaux et chirurgicaux ont été tentés avec plus ou moins de succès.

C'est en quelque sorte l'histoire de ces tentatives que nous allons essayer de passer en revue.

Tout d'abord, ainsi que l'a démontré le premier M. Cau-t, les papillomes laryngés sont fréquents chez les enfants bas âge. Ils revêtent alors presque toujours la forme ffuse. On a même cité quelques cas de papillomes diffus larynx ayant tous les caractères de papillomes congéni-ux.

Le rôle du laryngoscopiste est assez souvent nul quand s'agit d'examiner un enfant en bas âge. Il doit établir n diagnostic soit par les anamnestiques, soit par l'examen néral de l'enfant, par l'examen de la respiration, de la ix, par l'exploration digitale si elle n'entraîne pas de angers de suffocation.

Si la présence de papillomes laryngés est démontrée, de avis de tous les auteurs qui ont écrit sur la matière, le le du médecin est tout indiqué. La trachéotomie doit être ratiquée, trachéotomie accompagnée ou suivie de l'ouver-ure du cartilage thyroïde sur sa ligne médiane, opération ui permet le curettage du larynx.

Lorsque les enfants sont un peu plus âgés, j'entends par lorsqu'ils ont atteint six à sept ans, le diagnostic laryn-oscopique peut être fait, bien qu'il demande de l'habileté surtout de la patience.

Le rôle du médecin se trouve modifié suivant les cas :

1° Si l'enfant est menacé d'asphyxie ;

2° Si les papillomes diffus ne donnent pas lieu à des cidents respiratoires.

a) Dans le premier cas, le médecin devra agir comme dans s cas que nous venons de signaler plus haut.

b) Si l'enfant ne présente aucune altération de la respira-on — et cela arrive souvent — au risque d'une perte de mps considérable, au prix d'une patience inébranlable le médecin devra faire l'éducation de l'enfant et faire tout son ossible pour l'opérer par les voies naturelles.

Il sera d'autant plus autorisé à agir ainsi que nous-même vons constaté que les végétations papillaires chez les unes enfants n'ont pas de tendance à se reproduire une is qu'elles ont été opérées, soit par arrachement, soit par ction, soit par abrasion, par grattage, curettage ou racle-ent.

Dans le premier cas de cette nature que j'ai eu à traiter, s'agissait d'un enfant de cinq ans et demi, aphone et suffo-uant. Le fait remonte à 1875. Je pratiquai la trachéotomie, ais je n'eus pas la pensée d'ouvrir le thyroïde.

Je fis donc l'éducation de l'enfant pour l'habituer à tolé-r l'introduction de pinces dans le larynx.

Au bout de deux mois, je pus enlever une masse poly-euse de la grosseur d'une petite noisette. Après cette abla-on, je constatai encore la présence de petits papillomes ur les cordes supérieures et sur le aryténoïdes. En fort peu e temps, ces papillomes disparurent spontanément, la voix evint complètement bonne et, au bout de deux autres mois, ns avoir pratiqué aucun autre arrachement, je pus enle-er la canule. Malheureusement, trois ans après, l'enfant ontracta une diphtérie qui me força à le trachéotomiser de ouveau, puis, guéri de sa diphtérie, la canule enlevée au out de seize jours, il mourut subitement de phénomènes de aralysie cardiaque.

Depuis cette époque j'ai eu l'occasion, à bien des reprises ifférentes, d'opérer d'autres jeunes enfants et jamais je n'ai u à constater chez eux la repullulation des papillomes, ullulation qui, on peut le dire, est la règle chez l'adulte et que d'autres observations ont, du reste, également constatée chez l'enfant.

Nous sommes donc d'avis que chez les jeunes enfants l'opération soit faite par les voies naturelles quand la gêne respiratoire ne s'y oppose pas et que l'opération soit pratiquée avec des pinces ordinaires non coupantes, et cela à raison de l'indocilité des petits opérés qui, par des mouvements inconsidérés, pourraient se faire blesser par l'opérateur s'il employait des pinces coupantes, des guillotines des curettes ou le galvanocautère.

Nous n'avons pas à décrire ici les différents instruments mis en usage dans ces cas; ils sont connus de tous les spécialistes. Lorsque l'enfant est suffisamment bien éduqué, il arrive, grâce à la cocaïne, à supporter merveilleusement et sans la moindre crainte les interventions réitérées, même fréquentes.

Chez les adultes, les papillomes du larynx se comportent bien différemment.

Il convient d'abord de distinguer deux sortes de papillomes diffus : les papillomes mous, les papillomes durs et cornés.

En général, ils siègent sur les cordes vocales inférieures, à leur partie antérieure. On les rencontre cependant fréquemment sur l'épiglotte, les ligaments aryépiglottiques, les cordes supérieures, sur les aryténoïdes dans l'espace interaryténoïdien, en un mot, dans tout le larynx.

Dès le début de la laryngoscopie, les papillomes du larynx furent traités par arrachement, par excision, par abrasion. Voltollini, de Breslau, fut un des premiers qui les opérèrent par le galvanocautère, et cela avec des résultats divers.

Avant d'employer des moyens chirurgicaux, les premiers laryngoscopistes essayèrent des moyens médicaux. Je donne ce nom à l'emploi des topiques caustiques ou autres avec lesquels on tenta de détruire les papillomes du larynx.

On essaya tour à tour le nitrate d'argent en solution et sous forme solide, l'acide acétique, l'acide chromique dilué, le chlorure et le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, etc., portés directement sur les végétations. On essaya des insufflations de poudres caustiques ou astringentes. On fit des insufflations de nitrate d'argent, d'alun, de sabine, qui donnent quelques résultats dans les cas de papillomes de la peau.

C'est après avoir constaté l'inefficacité de tous ces moyens que l'on en arriva aux traitements chirurgicaux.

Le premier qui fut employé fut l'arrachement au moyen de pinces et l'excision au moyen de couteaux. Turck, Czermak, Mackenzie ont publié une série de cas qu'ils ont opérés avec ces deux méthodes, au moyen de pinces, de forceps et de couteaux de leur invention.

Arrachement. — L'arrachement se pratique au moyen de pinces de formes diverses. Les plus connues sont celles de Fauvel et de Mackenzie, celles de Schrœtter et de Stoerk. Je n'ai pas à décrire ces instruments, ni la façon de s'en servir.

Depuis la découverte de la cocaïne, leur emploi est devenu extrêmement facile et donne d'excellents résultats, surtout quand les papillomes forment une masse qui surplombe le larynx.

L'arrachement est toujours accompagné d'une hémorragie assez abondante, mais qui toujours s'arrête rapidement et d'elle-même.

Méthode d'excision. — L'excision se pratique avec des

ciseaux et des couteaux de formes les plus diverses et surtout avec des guillotines dont on fait agir le couteau de haut en bas et de bas en haut. Nous croyons que cette méthode doit être réservée pour enlever les papillomes qui s'insèrent sur le bord libre des cordes vocales inférieures ou supérieures.

Arrachement et excision combinés. — Cette méthode se pratique avec des pinces coupantes ou des pinces emporte-pièce. Dans beaucoup de cas, elle donne d'excellents résultats, surtout si l'on a affaire à des papillomes durs et cornés.

Avec des pinces ordinaires, il arrive souvent qu'après avoir saisi une portion de tumeur, les mors de la pince glissent sur la surface saisie et que, lorsque l'on croyait ramener la tumeur entière, on n'en enlève que la surface.

Abrasion. — Elle n'est qu'un des modes de la méthode par arrachement. Elle consiste à écraser entre les mors de la pince les portions de la tumeur que l'on a pu saisir. Elle se pratique encore avec des serre-nœuds, mais l'application des anses métalliques ne peut se faire que sur un petit nombre de papillomes, dont la situation favorable permet l'enserrement. On peut donc dire d'elle que c'est une méthode d'exception, d'autant plus qu'elle ne donne de bons résultats que lorsque l'on a affaire à des papillomes mous et faibles.

Curettage. — On peut dire de cette méthode qu'elle est en quelque sorte complémentaire. En effet, nous croyons que toutes les fois que l'on pourra arracher ou couper les papillomes, il y aura avantage à le faire. Mais, si habilement que l'on arrache des polypes papillaires diffus, il est impossible de ne pas en laisser des parcelles, qui sont en général le point de départ de la repullulation. Avec les curettes il est possible d'atteindre et de détruire les morceaux qui ont échappé soit aux pinces, soit aux guillotines, soit aux couteaux.

Méthode galvanique. — C'est aujourd'hui le procédé le moins employé.

Dans quelques cas cependant de masses papillaires volumineuses et un peu détachées, il est permis et indiqué de les enlever avec un serre-nœud galvanique si l'on a à craindre une effusion de sang trop grande.

Quant à la destruction par le couteau ou les boutons galvaniques, nous ne lui accordons qu'une médiocre confiance, car il est impossible dans le larynx de laisser assez longtemps en contact le galvanocautère et les parties à détruire.

Quel que soit le moyen auquel l'opérateur aura donné la préférence pour opérer un malade atteint de papillonnes diffus du larynx, il devra toujours songer à la récidive probable de l'affection et porter tous ses soins à tâcher d'éviter cette récidive.

Aussitôt les papillomes enlevés et alors que la muqueuse est encore saignante, il devra, à l'aide de ouate antiseptique, nettoyer le larynx et étancher le sang, puis il devra porter sur les parties arrachées un caustique plus ou moins violent qu'il dexra choisir et graduer selon la tolérance de l'opéré. C'est encore à propos de ces cautérisations que l'on peut dire que tous les caustiques ont été employés.

Pour notre part, nous donnons la préférence aux solutions de chlorure de zinc et d'acide salicylique.

Malgré tous les soins apportés à la destruction totale des papillomes diffus du larynx, il n'est pas un d'entre nous qui n'ait eu à traiter des cas véritablement rebelles, dans lesquels la reproduction se fait avec une rapidité désespérante. Il est un certain nombre de cas où les papillomes, après avoir été mous et friables, deviennent durs, cornés, de plus en plus difficiles à arracher. L'état général du malade finit par s'altérer, et l'affection semble dégénérer en épithélioma. Dans de pareils cas, quelques opérateurs n'ont pas hésité à proposer et à exécuter l'ablation du larynx.

Nous ne pouvons approuver une pareille façon de faire. Nous sommes d'avis, dans ces cas, de trachéotomiser le malade, puis de procéder à l'ouverture du larynx par une thyrotomie. L'ouverture ainsi obtenue permet de déplier le larynx comme un livre, et de le débarrasser de toute les parties malades.

J'ai eu l'occasion dernièrement de voir un malade opéré de cette façon par notre honorable confrère, M. le Dr Moure. Le résultat était parfait. Les cordes vocales inférieures et tout le larynx étaient entièrement sains. La voix était absolument normale. J'insiste sur ce dernier point, car c'est l'altération possible de cette fonction, à la suite de la thyrotomie, qui a fait bien des fois rejeter cette opération.

Je n'ai eu l'occasion de voir que cet opéré de M. le Dr Moure, qui m'a dit en avoirs plusieur chez lesquels les résultats ont été tout aussi probants.

Du reste, la science contient de nombreux faits de ce genre et, somme toute, la thyrotomie est une opération assez bénigne pour que l'on ne doive pas hésiter à la pratiquer dans les cas où les tumeurs sont très diffuses et très tenaces et, par conséquent, récidivantes. On sait que certains opérateurs n'ont pas même hésité à ouvrir plusieurs fois le larynx d'un même malade pour obtenir, enfin, un résultat définitif. Le curettage soigneux et complet de l'organe doit toujours être accompagné, dans ces cas, d'une cautérisation thermique de toute la muqueuse dégénérée.

CONCLUSIONS. — Le traitement des polypes papillaires diffus du larynx nécessite une intervention énergique du chirurgien.

Chez les enfants en très bas âge, la trachéotomie doit être pratiquée et l'enfant délivré par l'ouverture du thyroïde le curettage du larynx. Chez les jeunes enfants susceptibles d'éducation, si la respiration n'est pas trop altérée, l'opération doit être faite par les voies naturelles et par arrachement, les papillomes mous ayant à cet âge peu de tendance à la récidive.

Chez les adultes, nous donnons la préférence à l'arrachement par les pinces à mors mousses, arrachement suivi de cautérisations quand il s'agit de papillomes mous et friables.

Au contraire, les pinces coupantes et emporte-pièce seront réservées pour les cas de papillomes durs et cornés.

Les couteaux et les serre-nœuds trouveront leur emploi surtout quand les tumeurs seront situées sur les bords libres des cordes, dans leur angle antérieur, sur l'épiglotte. Le serre-nœud galvanique ne sera appliqué que dans les cas où l'on redouterait une hémorragie.

Quelle que soit la méthode à laquelle on se sera arrêté, nous préconisons l'emploi du curettage, car, combiné avec les cautérisations, lui seul donne des chances pour que la reproduction ne se fasse pas.

Nous rejetons complètement l'extirpation du larynx, même dans les cas où l'on craindrait la dégénérescence épithéliomateuse des tumeurs.

Nous nous rallions complètement à la façon de faire du Moure, consistant dans la trachéotomie préalable, suivie l'ouverture immédiate du thyroïde, qui permet de déire très complètement les papillomes laryngés, quelle ıe soit leur situation, et cela soit par arrachement, soit ır curettage et de cautériser les points d'implantation rec le galvano ou, mieux encore, avec le thermocautère.

MEMENTO PRATIQUE

Capsicum annuum et fastigiatum (Piment de Cayenne, oivre de Guinée). — Graine d'une solanée, renfermant un trait oléo-résineux connu sous le nom de Capsicène errand), qui est très stimulant. — Analogue au poivre de ayenne. — Son principe actif est la Capsicine.

Propriétés thérapeutiques : Stimulant, névrosthénique purgatif.

Préparations pharmaceutiques :

1. Extrait aqueux, 0,05 à 0,25 centigr.
2. Teinture alcoolique à 2/100, 5, 10, 15 gouttes (pour sage interne).

Pourra être employé à l'extérieur en frictions.

Onctions : Teinture de benjoin.... / Teinture de Capsicum... / Onguent populeum..... aa 5 gr. / 48 gr. (Ligmund).

ans l'alopécie syphilitique,

On emploie rarement le capsicum en pilules chez l'enant.

Camphre et bromure de camphre. — Le camphre, ssence concrète retirée du Laurus camphora, est doué d'une leur très pénétrante.

Il ne doit être conseillé, chez l'enfant, qu'en lavement.

Propriétés thérapeutiques :

1. Sédatif et antispasmodique
2. Vermifuge.....
3. Antiseptique.....

0,05 centigr. par année de l'enfant (en émulsion

Préparation pharmaceutique et posologie.

A l'intérieur:

En moyenne 0 gr. 05 par année écoulée (Voir plus haut). Ne pas dépasser sans nécessité 0 gr. 50 chez l'enfant âgé e 10 et 12 ans. — Quelquefois, 0 gr. 05 en potion (Marfan) ans la broncho-pneumonie.

A l'extérieur:

Alcool camphré à 100 p. 900. / Ether camphré à 1 p. 9..... / Huile ou vinaigre camphré 2. p. 1,000..... / Pommade camphrée (30 p. 100 de cire et 90 d'axonge).... — en frictions / en onctions / ou / en application

Incompatibilités :

Résines, gommes-résines, musc, etc. Ramollit un grand ombre de substances (Yvon).

A. Lavement camphré (enf. 5 ans) : Camphe blanc pur. 0 gr. 25 / Extrait de valériane, 0 gr. 03 / Jaune d'œuf n° 1 / Eau tiède, 150 gr.

B. Liniment (Us. ex.) : Huile camphrée / Essence de téréb. — âa 30 gr. / nture d'opium 10 gr. / oniaq. liquide 5 gr.

Bromure de camphre : Camphe monobromé.

Antispasmodique, sédatif, hypnotique

Posologie, 0 gr. 03 à 0 gr. 05 par années, en pilules ou en dragées d'un centigramme. Dr H. Daughez (in *Journal de clin. et de thérap. inf.*).

Traitement des sueurs nocturnes des phtisiques. — Souvent la médication classique par le sulfate d'atropine ou l'agarie blanc seront en échec ; aussi faudra-t-il trouver un autre médicament. Le phosphate de chaux tribasique, l'acide camphorique, l'hydrastis ne produisent que des effets douteux, le tellurate de soude ne peut guère être employé à cause de l'odeur désagréable qu'il communique à l'haleine. On pourra alors avoir recours, parfois avec succès, à l'acétate de plomb. Ce sel existe sous forme de petits cristaux blancs, inodores, d'une saveur sucrée astringente, avec arrière-goût métallique. Gubler avait déjà remarqué qu'à faible dose il diminue la sueur et les autres sécrétions, qu'il ralentit le pouls, abaisse la température et combat la tendance aux hémorragies. Bien qu'il ne soit pas d'un emploi courant à cause des accidents de saturnisme chronique qu'il pourrait occasionner, s'il est pris pendant trop longtemps ou à trop forte dose, il peut néanmoins rendre de réels services dans quelques cas particuliers où toute autre médication aurait échoué. Il paraît surtout agir comme antisudoral, antithermique, mais son efficacité dans l'hémoptysie nous paraît douteuse ainsi qu'à Nothnagel et Rossbach, On pourra donner deux fois par jour, le soir de préférence, une des pilules suivantes :

Acétate de plomb cristallisé .... 0,10 centigr.
Pour 1 pilule

Ou bien encore selon la formule suivante qui nous a donné dans quelques cas de bons résultats :

Acétate de plomb..... / Poudre de digitale..... — ââ 0,05 centigr.
Extrait de belladone..... 0,01 —
Pour 1 pilule

En donner quatre par jour.

Dans quelques circonstances, il pourra être utile d'associer l'acétate de plomb à l'opium et à la scille, si l'élimination urinaire est quelque peu entravée. On pourra formuler ainsi :

Acétate de plomb cristallisé. / Poudre de scille..... — ââ 0,04 centigr.
Extrait d'opium..... 0,01 —
Pour une pilule

En prendre cinq par jour, le soir.

Nous ne pensons pas que cette médication réussisse toujours contre les sueurs nocturnes des phtisiques, mais le fait de l'avoir vu réussir dans quelques cas où l'on était à bout de médicament mérite d'être signalé aux praticiens.

(*Journal des praticiens.*)

INTERÊTS PROFESSIONNELS

Exercice de la médecine. — Les diplômes étrangers. — **Le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, vient d'avoir à trancher une question des plus délicates. Un médecin étranger, le Dr R..., avait été autorisé à exercer la médecine en France. Cette autorisation était intervenue avant la mise en vigueur de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine et, par conséquent, sous l'empire de la loi du 19 ventôse an XI, laquelle permettait au gouvernement de donner des autorisations de ce genre aux médecins gradués dans les universités étrangères.**

Survint alors la loi du 30 novembre 1892. On sait qu'elle

n'autorise les médecins diplômés à l'étranger à exercer leur profession en France qu'à la condition de produire un diplôme de doctorat français. Mais, par une disposition transitoire, l'article 28 porte que les médecins étrangers autorisés avant l'application de la loi continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée.

Le 15 janvier 1894, le ministre de l'instructiou publique rapporta la décision qui avait autorisé le Dr R... à exercer la médecine en France.

Le Dr R... a déféré cette décision au Conseil d'Etat pour excès de pouvoir, alléguant que l'article 28 de la loi de 1892 avait eu pour effet de consacrer et de sanctionner les droits acquis par les autorisations antérieures qui, dès lors, ne pourrient plus être rapportées.

La haute assemblée avait donc à statuer sur une espèce qui intéresse un nombre considérable de médecins étrangers. La thèse du Dr R... n'a pas été accueillie. L'arrêt porte que les autorisations données sous le régime de la loi de ventôse an XI étaient précaires et révocables, et qu'aucune disposition n'a supprimé le droit du gouvernement de les retirer. Il en résulte que l'article 28 de la loi de 1892 a eu uniquement pour but de permettre au gouvernement de maintenir ces autorisations, tout en lui laissant la faculté d'en prononcer le retrait. En conséquence, le pourvoi du Dr R... a été rejeté.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le CONCOURS DE L'ADJUVAT s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Cunéo et Gosset, *ex æquo*; Ombrédanne, Brin et Le Fur, *ex æquo*.

Ecole de médecine d'Alger. — Par arrêté ministériel, en date du 21 mai 1896, un concours s'ouvrira le 23 novembre 1896, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 19 mai 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Hussenet, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Givet; Christy, pour le 14e d'infanterie;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Salesses, pour le 139e d'infanterie; Darde, pour le 124e d'infanterie; Petit, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris (prov.); Buy, pour le 5e cuirassiers; Billet, pour le 3e chasseurs à cheval; Cornille, pour le 1er cuirassiers; Foubert, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Delahousse, pour l'orphelinat Hériot; Barrière, pour le 8e hussards;

MM. les médecins aides-majors de première classe Blanc, pour le 53e d'infanterie; Donnadieu, pour le 11e d'infanterie; Chabrut, pour le 6e cuirassiers; Blum, pour le 10e d'infanterie; Boullet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Lions, pour le 2e chasseurs d'Afrique; Perrogon, pour le 70e d'infanterie; Auclert, pour le 27e d'infanterie;

M. le médecin aide-major de deuxième classe Haury, pour le 136e d'infanterie.

L'Assistance chirurgicale instantanée. — M. P. Strauss a présenté récemment au Conseil municipal de Paris un rapport du plus haut intérêt sur la création des nouvelles stations d'ambulances urbaines. Conformément aux conclusions de ce rapport, le Conseil municipal a décidé la construction de trois postes qui seraient installés à l'hôpital Saint-Louis, rue Domat et rue Caulaincourt, ainsi qu'une permanence du service d'avertissement et de contrôle pour les ambulances municipales.

Une commission de 17 membres, prise dans le Conseil municipal, dans l'administration et parmi les personnalités compétentes, sera chargée de l'examen de toutes les questions techniques concernant le service du transport des malades et des blessés dans Paris.

Le Conseil municipal de Paris a procédé d'abord à l'élection des cinq membres qui doivent faire partie de cette commission. Sont élus : MM. Dubois, Levraud, Brousse, Navarre et Arsène Lopin.

Puis, M. Strauss a proposé les noms suivants parmi les personnes reconnues comme particulièrement compétentes : M. le professeur Félix Terrier, M. le docteur Marcel Beaudoin, M. le docteur Nachtel, MM. les médecins militaires Vallin et Collin.

Le directeur des affaires municipales devra présenter aussitôt que possible, un *projet d'installation d'avertisseurs d'accidents* destinés à assurer aux blessés et aux victimes des accidents de la rue des moyens de transports et de secours *rapides*. Le Conseil a invité, en outre, le directeur de l'Assistance publique à lui soumettre un projet d'installation, soit *d'hôpitaux dits de prompts secours*, situés, l'un sur la rive droite, l'autre sur la rive gauche, soit de services de prompts secours dans les hôpitaux existants.

Les anciens bâtiments de la Faculté. — Le Conseil municipal de Paris vient de voter l'acquisition, à titre de monument historique, des bâtiments où siégeait autrefois la Faculté de médecine, rue de la Bûcherie et rue de l'Hôtel-Colbert.

Concours des prix de l'internat en médecine. — Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, vu la loi du 10 janvier 1849, art. 1 et 5, et celle du 7 août 1851, art. 8, *infine*; vu le vœu formulé par l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices, et tendant à ce que, dans le concours des prix de l'internat, l'épreuve, dite du mémoire, soit jugée la première. Vu l'avis conforme émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 30 avril 1896; considérant que, pour donner suite à ce vœu, il y a lieu de compléter par une disposition additionnelle l'article 124 du règlement sur le service de santé relatif aux concours de prix de l'internat en médecine et en chirurgie;

Arrête : Article 1er. — L'article 124 du règlement sur le service de santé, relatif aux concours annuels pour les prix à décerner aux internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices est complété par la disposition additionnelle ci-après :

« Le mémoire est jugé au début du concours.

« A cet effet, le jury reçoit, dans les premiers jours du mois « de novembre communication des mémoires déposés par « les candidats. Il est réuni de nouveau 48 heures avant la « date fixée pour l'ouverture du concours, afin de délibérer « sur la valeur de ces mémoires; les points attribués sont

« communiqués aux candidats à l'ouverture de la 1re séance « du concours.»

Art. 2. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le préfet de la Seine.

Œufs noirs. — On a parlé ces jours-ci d'œufs de canards dont le jaune était noir.

Le fait est exact. Cette coloration est due à l'ingestion de glands par les canes. Or, les glands sont riches en tannin, le jaune d'œuf est riche en fer; de ces deux richesses résultent par combinaison chimique, le tannate de fer, l'encre, la bonne encre des temps passés. On peut expérimentalement avoir, d'après Tegetmeier, des jaunes d'œuf d'un rouge éclatant et brillant, en faisant manger à des poules, des carapaces d'écrevisses dont elles sont extrêmement friandes. (*Lyon méd.*).

La fin d'un scandale. — Dans le courant du mois dernier, le Dr Playfair, reconnu coupable de calomnie et de violation du secret professionnel, au préjudice de Mme Kitson, belle-sœur de sir James Kitson, représentant à la Chambre des Communes pour une division du Yorkshire, était condamné à payer à cette dame 300,000 francs de dommages intérêts. Il protesta aussitôt de son innocence et annonça qu'il allait se pourvoir devant la Cour des appels.

Son recours devait être plaidé aujourd-hui, mais dès l'ouverture de l'audience, un sollicitor s'est présenté au nom du docteur et a déclaré ne pas persister dans cette instance.

Ce gros scandale est donc terminé.

Les mariages consanguins. — M. le Dr Paul Perrin vient de faire une étude intéressante sur ce sujet. Voici, d'après ce travail, quelques détails historiques sur ce point particulier

Les Perses, les Mèdes, les Indiens, les Ethiopiens s'unissaient à leurs mères, filles et petites-filles, dans une très forte proportion, sans que personne, prêtre, magistrat, société, y trouvât à redire. Bien mieux, les Perses accordaient une considération toute spéciale aux enfants nés de l'union d'une mère avec son fils, union que les mages surtout, qui joignaient le prestige de la science au caractère religieux mettaient en pratique.

Chez les Grecs, les frères et sœurs du même père, mais de mères différentes, pouvaient se marier ensemble. A Athènes, le frère, seul héritier, pouvait, à son choix, épouser sa sœur ou la doter. Lorsque les Ptolémée, d'origine grecque devenaient souverains d'Egypte, souvent, par intérêt dynastique, ils se mariaient entre frères et sœurs. Issue de cette famille, Cléopâtre, qui elle-même épousa ses deux frères, Ptolémée XII et Ptolémée XIII, était fort belle et séduisante.

A Rome, les alliances entre parents étaient sévèrement interdites : ainsi le mariage de l'oncle avec la nièce était regardé et puni comme inceste; les mariages entre cousins, après avoir été défendus, puis permis, furent de nouveau prohibés sous peine de mort.

Les Arabes épousaient leurs mères jusqu'à Mahomet. Mais le Prophète interdit de pareils mariages, et bien d'autres encore dans le Coran. « N'épousez pas les femmes qui ont été les femmes de vos pères; c'est un crime. Il ne vous est pas permis d'épouser vos mères, vos filles, vos sœurs, vos tantes, vos nièces, vos sœurs de lait, vos grand'mères, et les filles des femmes dont vous avez la garde, à moins que vous n'ayez pas cohabité avec leurs mères.

Les aborigènes du Pérou, du Brésil, de Californie, semblent avoir prêté peu d'attention aux mariages consanguins. Au contraire, les unions entre parents rapprochés étaient interdites et sévèrement punies chez les naturels du Mexique, de Haïti et surtout d'Australie. La législation chinoise défend tout mariage entre personnes pouvant avoir un lien de parenté quelconque, si éloignée que soit celle-ci; il en est de même en Turquie, chose assez surprenante chez des peuples qui, pratiquant la polygamie, ne paraissent pas avoir une morale bien farouche!

L'Eglise catholique a un peu varié dans ses décisions concernant les mariages consanguins, mais en général s'est montrée sévère à leur égard. Le concile de Tolède de 531 les défendit absolument, quel que soit le degré de parenté des époux. Les autres conciles du sixième siècle, à Clermont, Orléans, Tours, Auxerre, moins rigoureux, les permirent jusqu'aux cousins au premier degré. Le pape saint Grégoire le Grand interdit le mariage entre parents à la seconde génération, entendant par là les cousins germains, et les permit aux fidèles à la troisième et quatrième générations.

— Voici, d'autre part, la statistique de ces mariages en France et particulièrement dans le département de la Nièvre :

La moyenne annuelle des mariages en France, durant les vingt-cinq dernières années, est exactement de 286,887, tandis que, dans le département de la Nièvre, elle n'est que de 2,566, c'est-à-dire 111 fois moins forte. Ce chiffre paraît faible, comparé au chiffre total des mariages en France, mais néanmoins la Nièvre est un département dont le mouvement de population est assez accentué; dans le Nord, pour des raisons faciles à comprendre (étendue de territoire, industrie), ce mouvement de population est six fois plus important; dans les Landes, il l'est beaucoup moins.

La moyenne annuelle des mariages entre neveux et tantes est celle qui est la moins élevée; elle est de 58,5 pour la France, et 0,2 pour la Nièvre. Ainsi donc, sur 286,887 mariages qui se font chaque année, il y en a 58 entre neveux et tantes, c'est-à-dire 1 sur 4,946.

La moyenne des mariages entre oncles et nièces est un peu plus élevée : elle est de 168 par an pour la France, et de 8,4 pour la Nièvre ; ce qui fait pour la France, 1 sur 1,707 Dans la Nièvre, durant ces vingt-cinq dernières années, il y a eu 10 mariages entre oncles et nièces, tandis qu'il n'y en a eu que 6 entre neveux et tantes.

Les mariages entre cousins germains sont bien plus fréquents. Pendant la même époque, il y en a eu 64,468, ce qui nous donne, pour la France, une moyenne annuelle de 2,930, c'est-à-dire un mariage sur 97. Dans la Nièvre, il y en a eu 585, ce qui fait une moyenne de 26 par an. (*Journal d'accouchements.*)

L'esprit de jadis. — Le roi Louis chassait à la Muette avec une partie de la cour. Une dame fut prise des douleurs de l'enfantement.

— Qui est-ce qui l'accouchera? demanda le roi.

— Moi, sire, dit la Peyronie; j'ai accouché autrefois.

— Oui (dit Mlle de Charolais fort effarée), mais cela demande de la pratique et peut-être n'êtes-vous plus au fait?

— Oh! ne craignez rien, riposta la Peyronie vexé. On n'oublie pas plus à les retirer qu'à les mettre.

La mortalité à Paris. — Pendant la 21e semaine le service de la statistique a compté 722 décès, au lieu de 973 et de la moyenne ordinaire 1010.

Les maladies épidémiques continuent à être rare (38 au lieu de 60 et et de la moyenne 83); la fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 6 et de la moyenne 7 ; la rougeole en diminution sur la semaine précédente a repris son taux des dernières semaines (10 décès au lieu de 30 et de la moyenne 31); la scarlatine 3 au lieu de 2 et de la moyenne 5; la coqueluche 8 au lieu de 9 et de la moyenne 9, la diphtérie 10 au lieu de 11 et de la moyenne 25.

Il n'y a pas eu de décès par la variole ni par le typhus.

On signale 3 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 40 décès au-dessous de 1 an, au lieu de 31 et de la moyenne 47.

En outre 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 142 décès (au lieu de 127 pendant la semaine précédente et au lieu de 145, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 15 décès (au lieu de la moyenne 21); bronchite chronique, 24 décès (au lieu de la moyenne 33); broncho-pneumonie, 36 décès (au lieu de la moyenne 37); pneumonie, 67 décès (au lieu de la moyenne 54). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 48 décès, dont 35 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 167 décès chiffre le plus faible observé depuis le commencement de l'année (au lieu de la moyenne 198, la méningite tuberculeuse, 22 décès ; la méningite simple, 31 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 27 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 61 décès, et les maladies organiques du cœur, 71; le cancer a fait périr 65 personnes. Enfin, 37 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 21 suicides et 16 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 632 mariages.

On a enregistré la naissance de 1219 enfants vivants (640 garçons et 579 filles), dont 875 légitimes et 344 illégitimes. Parmi ces derniers, 34 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 356 enfants, dont 11 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 94 seront nourris au sein et 262 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 94 mort-nés, dont 64 légitimes et 39 illégitimes.

Nécrologie. — Le professeur Stoltz, de Nancy, ancien professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ses obsèques ont eu lieu lundi, à Andlau, en présence de toute la population, d'un nombreux concours d'habitants des localités de l'Alsace, d'une délégation de la Faculté de médecine de Nancy et de nombreux médecins de Strasbourg. Sur la tombe ont pris la parole : le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, le professeur Herrgott, qui a parlé au nom des professeurs de la Faculté de Nancy et de celle de Paris, enfin le professeur Eugène Bœckel, au nom des médecins alsaciens, ses anciens internes et élèves.—Les Drs Grandmougin et Rullier, médecins majors de 1re classe en retraite. — M. Germond de Lavigne, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*, décédé le 6 mai à l'âge de 84 ans. — Le Dr Paul Blocq, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef des travaux anatomo-pathologiques à la Faculté de médecine de Paris, décédé le 20 mai à l'âge de 36 ans. — Le Dr Gallois (Narcisse), chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 64 ans. — Le Dr Gourjon, de Montélimar, reçu en 1881. — M. Chapoteaut pharmacien bien connu par diverses préparations, décédé à Neuilly-sur-Seine à l'âge de 53 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Uranisme et unisexualité, par Marc-André Raffalovich, 1 volume in-8° de la bibliothèque de criminologie, rel. perc. ang. 8 fr. Paris, Masson et Cie. — Lyon, A. Storck.

Sous ce titre : *Uranisme et Unisexualité*, M. Marc-André Raffalovich vient de publier, dans la *Bibliothèque de criminologie*, une étude sur différentes manifestations de l'instinct sexuel.

Jusqu'ici ces questions avaient été traitées au point de vue scientifique par les médecins légistes, et les traités de Casper et de Tardieu sur les attentats aux mœurs avaient indiqué ce problème que devaient préciser plus tard Kraft-Ebing et Chevalier. Ces derniers surtout avaient fixé les aberrations, les perversions, les impulsions ou les actes qui montrent un état mental défectueux.

Le mérite de M. Raffalovich est d'avoir étudié ces faits en psychologue, insistant sur l'inversion sexuelle congénitale ou uranisme, tirant les exemples les plus curieux de l'histoire.

Il n'y a pas de lecture plus troublante et plus instructive, et en voyant classer et préciser ces faits si étranges, on explique une partie de la criminalité. Pour les médecins et légistes c'est un livre indispensable.

Les eaux d'Evian dans l'arthritisme, la neurasthénie, la goutte, par le Dr Chiais, in-8° 44 p. Paris, société d'éditions scientifiques, 1896.

VIN AROUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruation douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhées**

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HÊTRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.